

心理臨床家の養成における「型」の意義についての再考

——『異文化』としての精神医学の知識の習得をめぐる——

今 田 雄 三

(キーワード：精神医学と臨床心理学，スキーマ，先行オーガナイザー，診断，フォーミュレーション)

1. はじめに

筆者は精神科医として、精神科医療の現場で精神科診療全般に加え、児童思春期を対象とした描画などの非言語的な表現を媒介とした個人精神療法¹⁾、行政機関と連携しての精神医学的地域援助などに取り組んだ後、この十数年間は本鳴門教育大学大学院において、臨床心理士を目指す修士課程の大学院生を対象に、精神医学や臨床心理学の知識の習得と、それに基づいた専門的な支援を实践できる能力を身につけるための教育に携わってきた。ただし正直なところ、筆者は教育の専門家としての体系的なトレーニングを受けている訳ではない（教育実習を受けた経験もなく、もちろん教員免許状を取得していない）。確かに医学部の教員として勤務した際には、分担で医学科や看護学科などで心理学や精神医学の講義を担当したり、附属病院での臨床実習（現場では「ポリクリ」と呼ばれ医学科の5、6年生が全診療科を1～2週間ずつローテーションして実地にトレーニングを受ける授業）の指導、研修医の卒後教育などに携わった経験などはあるものの、それらはあくまで「医療従事者を目指す学生に精神医学について教える」という枠組の範囲での経験であり、「臨床心理士を目指す院生に精神医学について教える」ということは、それと全く同質のものという訳ではない。臨床心理士は（そして国家資格たる公認心理師も）領域横断的な資格であるという性質を持ち、専門家としての養成を受けた後、必ずしも全員が医療現場での臨床業務に従事するという訳ではない。ただし医療以外の領域に進む者については、精神医学の知識が不要という訳ではない。そもそも、現行の臨床心理士の養成課程においても、修士課程在学中に大学院附属の心理相談室でケース担当が必須となっているが、その際にも自分が担当したケースについて適切な心理的理解を図るために、精神医学的な見地は大いに役立つことは論を待たないところである。こうした事情に鑑みれば、筆者のような立場の教員が臨床心理士（および近い将来においては公認心理師）の教育において果たすべき役割は、理想的には「臨床現場の経験知をわかりやすく教育に還元することを通して、臨床家として持っておくべき精神医学に関する基本的な知識と技能の習得・向上に資すること」ではないかと考えられる。

ところで、精神医学と臨床心理学とは、人の心を扱うという意味では近接した領域に属しており、見方によっては『双生児のように似ている』とも言える。実際、臨床心理学の領域で今日広く用いられている用語や概念には、元をたどれば精神医学に由来するものも多い。たとえば「見立て」という用語は、精神科医の土居（1977）が最初に提唱したものであることなどはその代表的な例であろう。その一方で、精神医学はあくまで医学の1分野であり、基本的には医学モデルに準拠しているという点で、臨床心理学とは『拠って立つ基盤を全く異にする』ものであるとも言える。このように paradoxical な両者の関係を十分に自覚するならば、筆者のような立場にある者は「臨床心理士を目指す初学者に、精神医学という『異文化』をいかに伝え、またそれを理解し、使いこなせるようにしていくか」という命題を課せられていると言わなければならない。このように『異文化の伝道師』に我が身をなぞらえてみる時に痛感するのは、精神医学という学問は精緻な体系に基づいて構築され、症状や診断名なども全て厳密に定義されており、そもそも学習者にとって非常に取っつきにくいものだという事実である。実際に、医学生が精神医学の講義を受けると「自分には精神医学はわからない」「自分は精神科医には絶対向かない」と訴える者は決して少なくない。こうした学問上の取っつきにくさの顕著な例を挙げると、たとえば記述精神医学と呼ばれる患者に対して精緻な観察や対話を行うことによって所見を得、症状について詳細に記述する分野を体系化したドイツ精神医学を代表するヤスパース Jaspers, K. T. (1883–1969) は同時に実存主義哲学の第一人者でもあり、彼の著した医学書を読みこなし理解することは難解な哲学書を読破するのに匹敵する難事である。これは少々極端な例であるかもしれないが、要するに精神医学とは「ただ授業を受身的に聞いていれば、何となく頭に入ってきて理解できる」ような代物ではない。精神医学とは、それを習得しようとする学習

者に対し、相当な労力と献身的な学習姿勢を要求するという本質を有している。ただし精神医学とは、徒（いたずら）に難解な概念を弄ぶような机上の空論ではなく、精神疾患をいかに理解し、いかに治療するのかを目的とした極めて実践的な学問であることも是非とも伝えたいというのが筆者の切に思うところである。

さて些か前置きが長くなってしまったが、本論文では臨床心理士養成のための教育、中でも『精神医学という異文化』を習得する上で生じてくる困難な問題に関し、筆者の専門性とは異なる領域（具体的には認知心理学の知見による学習の過程の理解と工夫）からの指摘も参考にしつつ、改善の方策を模索することにしたい。

2. 臨床心理士養成における学習上の困難について考える ― 認知心理学の知見から ―

(1) 学習観の混乱 ― 結果主義、暗記主義、物量主義 ― を踏まえた「型」の意義の再考へ

認知心理学者の市川（2000）は、「ふだんなにげなく行っている勉強のしかたに、さまざまな問題点が潜んでいることがある。たとえば、問題を解くときに、定義にたちかえて考えることや、図を書きながら考えることが身についていないことがよく見られる。漢字、計算、英単語といった学習でも工夫しない生徒は多い」(p. 29)と述べ、さらに「どのような学習法をとるかの背後には、学習のしくみややり方についての各自の考え方がある。これが学習観である。勉強がはかどらないという生徒たちは、しばしば結果主義、暗記主義、物量主義といった学習観に陥ってしまっている」ことを指摘している。ちなみにここで挙げられている結果主義とは「過程（解き方、考え方）より、『答えが合っていればいい』と思う」(p. 25) ことであり、暗記主義とは「意味もわからずに、事実や手続きを覚え込むのが学習だと考えること」(p. 25) であり、物量主義とは「反復による習熟が学習だと考え、練習量や学習時間ばかり気にかける」(p. 25) ことだと説明されている（市川，2000）。

翻って、ここで臨床心理士養成におけるスーパービジョンやケースカンファレンスでの大学院生たちの指導において常々感じられる問題を上記の市川（2000）の指摘と照らし合わせてみると、誤った学習観に陥っている例がよく見かけられるように思う。

たとえば、以前筆者が紹介したように（今田，2012）、スーパービジョンにおいて、スーパーバイザーが持参した面接記録に目を通して、ある場面でのクライアントの言動にスーパーバイザーが注目し、「この場面で、クライアントの背後にはどんな心理が働いていたと思いますか？」と尋ねると、「あ、それをクライアントさんにお聴きすればよかったですか？」という反応が即答で返ってくる場合がある。これなどは、スーパーバイザーは「この場面でクライアントの背後に働いている心理」という『過程』に着目した問いを発していたにもかかわらず、スーパーバイザーは「この場面ではクライアントの心理を質問するべきであった」という『正解』をスーパーバイザーから指摘されたように受け取っているという現象であり、スーパーバイザーが『結果主義』という学習観を抱いていることを示しているように思われる。

また川畑（2008）が指摘するように、「日本の臨床心理学教育では、はっきりとした理論的背景に基づく心理療法ではなく、どこか輪郭のはっきりしないカウンセリング教育が主流となっている」「根拠の分からない、時には滑稽とも、奇異とも言えるような『教え』がまことしやかに信じ込まれている」といい、たとえば「クライアントと会い始めたら髪型を変えてはならない」「クライアントの住んでいる町の喫茶店に入ってはいけない」「親子並行面接をするとき、親担当と子担当とは情報交換してはいけない」等の例を紹介し、「これが心理療法の指導にとって大きな足かせになっている」と指摘している。こうした例は、まさに「意味もわからずに、事実や手続きを覚え込む」ことの弊害を如実に表すもので、スーパーバイザーの学習観における『暗記主義』に相当するものであろう。

さらに筆者が直接見聞した経験を紹介すると、どういう訳か大学院生たちは、自らが担当しているケースの面接を終え、面接記録を作成する際に「時間をかければかけるだけよい」と考えてしまう傾向があり、中には1回50分のセッションの記録を5～6時間かけて作成する者もいた。これなどはまさに、学習に費やした労力や時間ばかり気にかけるという意味で、典型的な『物量主義』に該当するのではないかと思われる²⁾。

ところで市川（2000）は、「これらの学習観は、人がついつい抱いてしまうもの」(p. 25) であり、「これはほとんど無意識に起こる。そして、自分なりの考えを人と直接つきあわせてみることもあまりないので、なんとなく、みんな同じだろうくらいに思っている」(p. 27) のが現状であろうと述べている。筆者は、先の川畑（2008）の指摘を受けて、臨床心理士を目指す初学者の学習において、無意識的に『型』を遵守しようとする姿勢が強固に現れ、学習者の主体性がスポイルされてしまうことの問題について考察を試みている（今田，2012）。その際に、筆者は『型』に対して批判的な立場を取っていたのだが、現在はむしろそれとは逆に『型』の意義や必要性

について再考すべき点があるということに思い至っている。以下ではそのことについて問題提起しておきたい。

考えてみれば、臨床心理学的援助という専門的知識に基づいた実践能力を習得しようとする際、学習者が何らの『型』も用いることなく、全くの白紙から自らの主体的な思考と行動のみによって実践知を構築するというのは恐らく不可能である。現実的には、初学者の学習において既存の学問体系の『型』を参照することは絶対に必要不可欠となる。だがそれでいて、ただ何も考えずに『型』通りに思考し行動するような一種の判断停止に陥ってしまうのは避けなければならない。あるいは、先に述べたように学習者にとっての『異文化』である精神医学という学問体系の『型』を適切に用いることは相当に難易度の高いことであり、「よくわからないが、とりあえず与えられた型どおりにしておいた」という風に処理すること自体がそもそも不可能ではないかとさえ思われる。このことを踏まえれば、臨床心理士（および近い将来には公認心理師）を目指す学習者にとって「なぜ、そのような『型』に則って事象を捉えたり、整理したりすることが有用なのか」ということを学習者自らが批判的に検討し、『型』の意義について主体的に理解するというプロセスを伴っていることが、今日ますます重要性を帯びてきているのではなかろうか。

次項では、市川（2000）の認知心理学の知見を適宜援用しつつ、初学者にとっては特に習得が難しいと思われる精神医学的な診断および臨床心理学的な見立てについて、それぞれどのような『型』が構築されており、またそれがどのような意義を持っているのかを確認していきたい。

（2）『問題発見』と『問題解決』・『良設定問題』と『不良設定問題』

市川（2000）によれば、認知心理学では、「人間が問題を解くときの過程を、『問題を理解する』という過程と、『解決方法を考える』という過程に分けて」（p. 113）扱っており、「『問題を理解する』過程においてはまずこの問題文を日本語として理解しなくては行けない。これは当然のことだ。しかし、『問題を理解する』というのは、それ以上のことを含んでいる。理解とは字づらだけのものではない」（p. 113）ことに注意喚起しつつ、「問題の理解にはさまざまなレベルがあるが、ともかく、知識を使って『この問題はどんな問題か』を把握するまでが問題理解の過程である」（p. 113）と説明している。

また市川（2000）は、問題には大別すると二つの性質のものがあると言い、まず「よくある問題ならば、どんな問題かがわかれば、それはどのような解き方をするかという手続きも覚えているものである。公式をすぐあてはめればよいような問題は、その典型である」（p. 113-114）といったレベルのものと、「少し複雑な問題だと、直接には答えを求められない」（p. 114）レベルのものとは分けて扱われるべきであると述べている。

市川（2000）によれば、前者は、たとえばパズルゲームのように「初期状態、行ってよい操作、目標状態が、はっきり決められている」（p. 140）ような問題であり、認知心理学用語で『良設定問題（well-defined problem）』と呼ばれ、「学校のテストで出る問題というのは、単純な再生を求める問題か、良設定問題に近い問題が非常に多い」（p. 141）と説明されている。

さらに市川（2000）は、上記の良設定問題とは対照的に、たとえば科学的問題（まだわからないことに対して真実を明らかにする）、技術的問題（あることを実現するための技術を開発する）、社会的問題（社会で起こる現象に対策を講じる）、対人関係の問題（人との関係の改善をはかる）、意思決定の問題（いくつかの選択肢の中から最もよいものを選ぶ）などの例を挙げ、「世の中にある問題というのは、初期状態、目標状態、操作がはっきりとは決められないものが数多くあるということに気づく。このような問題は不良設定問題（ill-defined problem）と呼ばれる。とりわけ、社会的問題や対人関係上の問題などは、いったいどうなることが最終目標で、どのような手段をとりうるのかが非常にあいまいである。科学的問題や技術的問題でさえ、目標ははっきりしているようだが、どのような手が使えるのかということは、明確には定められていない。むしろ、それを考え出すことがたいへんなのである」（p. 142）と説明している。

以上の知見を踏まえ、市川（2000）は「一般の問題解決を考えるとときには、これまでよりもう少し枠を広げてみる必要がある。まず、何か問題意識を感じて『何とかしたい』と思うことから、問題解決の過程がはじまる」（p. 142-143）ことを指摘し、「これは、問題発見の段階といえる。そして、はじめはばくぜんとしていた問題意識を、ある程度具体的ではっきりとした形にするという作業がある。これが、まさに問題を define するという問題設定の段階で、ここまですれば一苦労なのだ。どのくらい問題をはっきりさせられるかで、良設定問題になったり、不良設定問題になったりする。もちろん、完全に二分できるわけではなく、その程度はさまざまである。そこから、目標に向けてうつ手を考えるという解の探索の段階にはいる。しかし、不良設定問題では、問題を設定した段階で、どのような操作ができるのかがはっきりしておらず、問題を解きながらそれらがしだいに

決まっていくことが少なくない。また、正しく解決されたのかどうかははっきりしないので、得られた結果が満足できるものなのかどうかを評価すること（解の評価）も不可欠である。その結果、問題全体が再設定されることもあるだろう。たとえば、不登校の生徒が増加しているという問題など、好ましくないことはわかっても、いったいどうなることが解決目標だといえるのか、なかなか決めにくいことがわかると思う」（p. 143-144）と述べ、現実社会に存在する不良設定問題に対する問題発見と問題解決のための筋道を順序立てて説明している。

上記で市川が指摘している通り、たとえば不登校は典型的な不良設定問題なのであり、不登校を代表とする臨床心理学的支援の実際とは、人の心に関わる様々な不良設定問題に対し、いかに適切な問題理解（問題発見）をし、またそれに基づいて問題解決を図るのかということが常に問われているのである。ちなみに精神医学的な定義によれば、知能とは「創造的な思考により新しい課題を解決する能力をいう。知識の多寡や記憶力だけではなく、思考力・判断力・問題解決能力、さらには性格をも加味した総合能力」（神庭，2007）であり、不良設定問題を解くためには、総合能力としての知能を存分に発揮する必要があるということは改めて言うまでもないだろう。

（3）臨床実践における問題発見のための『読解能力』

さて前項で例に出された不登校の問題に限らず、さまざまな心の問題を抱えて我々の元を訪れる患者（クライアント）に対して、臨床家はどのような筋道を通して問題発見、問題理解をしていけばよいのであろうか。

まずは市川（2000）の言うところの『問題発見』の段階からスタートする際に行うべき作業について考えてみよう。要するにこれは「はじめはばくぜんとしていた問題意識を、ある程度具体的ではっきりとした形にするという作業がある。これが、まさに問題を define するという問題設定の段階」（p. 143）であり、この段階で「どのくらい問題をはっきりさせられるかで、良設定問題になったり、不良設定問題になったりする」（p. 143）という重要なプロセスなのである。

ちなみに現実の臨床における『問題発見』の段階の作業とは、精神科医療においては初診患者に対する予診・初診における面接の流れ、臨床心理学的援助におけるインテーク面接の流れに相当するものと思われる。これは初期段階の面接を通して、患者（クライアント）から訴えを聞き、適宜質問を行い、対話を通してその人の抱えている問題を発見的に理解するプロセスである。また予診・初診にしてもインテーク面接にしてもある程度構造化されており、言い方を変えると『型』が出来上がっており、その『型』を十分に理解し、適切に使いこなせることが出来るかどうか相手の心の問題を理解しうるか否かを分ける鍵になるのである。

ここで面接者に要求される能力は、下山（2008）が「クライアントが意識しているにせよ、いないにせよ、心理的問題は常に何らかのコンテキスト（文脈）のなかで発現しています。したがって、クライアントの問題が、どのようなきっかけで引き起こされるのか、そしてクライアントの反応が何をもちたらし、心理的問題の維持や悪化にどのようにつながっているのかをコンテキストとして理解することが必要になります。コンテキストとして理解するということは、心理的問題の連鎖のありようを探知し、それを断つための糸口を見出すことです」（p. 210）と指摘しているように、相手が語る言葉 text を、その文脈 context に沿って適切に解釈し、そこから相手の気持ちを適切に理解することであり、基本的には一種の読解（文章理解）能力であると言えよう。

市川（2000）は「文章を理解するということとは、『筋のとった解釈をつくりあげる』という一種の問題解決である。書かれた文章は、あくまでも材料であって、解釈は読み手の知識と推論能力に大きく依存して作られている。多くの場合、解釈のときに使われる知識や推論は、無意識的なものだ。それに、いわゆる大衆的な読み物というのは、読み手に負担をかけないように、知らなそうなことは説明し、話が一足飛びにならないように書かれている。だから、ぼくたちはあまり知識や推論を使っているという気がしない」（p. 89-90）と指摘している。

この指摘はなかなか重要である。要するに、患者（クライアント）の言葉を真に理解できるかどうかは面接者の知識（この場合には特に精神医学および臨床心理学の知識が十全に備わっているのかが問われる）と推論能力に大きく依存しており、しかもわれわれ人間は日常経験のレベルにおいては「知識や推論を使っている」という自覚に乏しく、大衆的な読み物（最近で言えば「ネットで各種の情報を閲覧する行為」がほぼそれに相当するかもしれない）に触れる程度では、『意識的に推論能力を磨く上では何の役にも立っていない』ということが読み取れるからである。恐らく、残念ながら臨床心理士を目指す大学院生の大半が、『相手のことを理解するために必要な文章理解の能力が甚だ未開拓で練習不足な段階から専門的な学習をスタートしている』という初期状態を設定されているのが、今日の臨床心理士養成における実像なのであろう。このことについて、学習者本人たち

も、指導する我々の側も、もっと意識化して捉え、「それでは文章理解を向上させるためには何が必要なのか？」という問題に取り組む必要性があるのではないだろうか。

さらに市川（2000）は、文章理解に必要な知識に関して「文章理解に使われる知識とは、まず第1に語彙や文法などの言語的知識である。少しかたい文章を読むためには、それなりのむずかしい言葉を知っていなくてはならない。第2に、文章の内容に関わる知識で、いわゆる常識にあたるものから、政治、経済、科学、芸術など、さまざまな分野にわたる。説明的文章の読解にはこれが大きな役割を果たす。そして、第3に、感情や人間関係に関わる社会経験的な知識である。文学的な心情読み取りは、これが豊かでないとむずかしい。そして、こうした知識を総動員して行間を補いながら、推論によって筋の通った解釈をつくりあげることになる」（p. 91-92）と述べている。

上記の指摘を踏まえて考えると、臨床心理士を目指す初学者においては、第1に挙げられている語彙や文法については、面接において母語が同一であるクライアントを担当している分には大きな問題にならないであろうが、参考のため専門書を読む場合には日頃読書の習慣がない場合には苦戦することになるかもしれない³⁾。第2に挙げられた知識に関しては、専門的知識については努力して蓄積する他ないのであるが、最近ではむしろ常識面の知識不足の方が気になることも多い。そして、第3の感情や人間関係に関わる社会経験的な知識こそが、クライアントを心理的に理解する上では最も重要な要素だと思われる。クライアントの発言の『行間』を読んで補いながら、推論によって筋の通った解釈を作り上げる作業こそがいわゆる『見立て』に相当する作業であるのだが、これは初学者にとっては非常に難しい。そしてそれは何も初学者の「専門的知識の不足」にのみ帰因するという訳ではなく、そもそも社会経験的な知識が不足していることによって、相手の心情の読み取りに失敗していることにこそ依拠する部分が大きいような気がしてならない。

（4）文章理解のための『スキーマ』と『先行オーガナイザー』

① スキーマ

ケースカンファレンスでしばしば経験することであるが、同じように発表ケースの情報を聞いたとしても、熟達した臨床家と初学者では、クライアントへの心理的理解には「雲泥の差」があるという印象さえ感じられる場合がある。このような差異が生じるのは何故だろうか。単に「経験の差」と言ってしまうと、一種の **Black Box** 化による判断停止を招くだろう。ここでも、市川（2000）による認知心理学の知見を援用して考えてみたい。

市川（2000）は「文章理解のしくみについて、心理学でどのように考えられているかを知ることは、ふだんの文章の読み方にも参考になるかもしれない。認知主義の立場に立つと、人間が新しい情報をとりこむためには、あらかじめ何らかの枠組みが必要である」（p. 92）と述べている。市川（2011）ではそのことが「学習過程とは、白紙の状態の学習者にもものを書き込んでいくものではない」（p. 64）と言い換えられている。さらに市川（2000）は「人間が記憶するときには、既有知識にあうように内容を取りこむ。また、思い出すときには、断片的な知識からもっともらしい文章を作りあげているのである。けっして、テープレコーダーのように、情報をそのまま記録している訳ではない」（p. 51）と指摘し、このとき重要な役割を果たす「既有知識の体系」のことをスキーマ（schema）と言い、人間の文章理解において、各自が持っている既有知識の体系＝スキーマが果たす役割の大きさが強調されている。

また市川（2000）は、コリンズという認知心理学者が文章理解の実験用に使った文章の改作版を例に挙げ、「映画館でのデートの例でいえば、映画館とはどのような場所であり、それを頭の中で呼び出して、文章中の情報（登場人物とか、具体的な行動）をつなぎ合わせていく。このような枠組みとなる知識」（p. 94）がスキーマ（この例で言えば「映画館のスキーマ」）であると説明した上で、「スキーマをもたない人や、もっていても呼び出しに失敗した人には、文章が理解できないということになる。語彙と文法という言語的知識だけでは、文字どおりの事実しかわからず、文章の内容的な質問には答えられない」（p. 94）ということを説明している。

この市川（2000）の説明を援用すれば、ある程度以上の経験を蓄積した臨床家は、いわば「クライアント理解のスキーマ」を獲得しており、インテーク面接においてそれをうまく呼び出すことで相手の心情を適切に理解し、またクライアントからより多くの情報を引き出すための上手な質問を行うことなどにも生かしていることになる。

② 先行オーガナイザー

上で論じたように、真にクライアントを心理的に理解する能力を向上させるためには、臨床経験を蓄積し、い

わば「クライアント理解のスキーマ」を構築することが必要となろう。ただし、それには相当の年月が必要になる。よって初学者は、スキーマを用いる以外の学習方法について知っておく必要がある。

市川（2000）は「あまり詳しく知らない内容を学ぶときには、スキーマを使うことができない。しかし、何らかの枠組みはやはりあったほうがよい。『要するにどんな話か』ということがわかっているほうが、内容が頭に入りやすいのである。オースベルという心理学者は、ある文章を記憶するときには、その文章に出てくる内容を関連づけるのに役立つ大雑把な文章をあらかじめ読んでおくといふことを実験で明らかにした。この短い文章のことを先行オーガナイザーという。本学習に先行して、その内容を組織する（organize）ものという意味である」

（p. 95-96）と述べている。たとえば「新聞の見出しやリード文も、絶好の先行オーガナイザーとなる。いわゆる5W1H（who だれが、when いつ、where どこで、what なにを、why なぜ、how どのようにしたか）がわかっているれば、話の大スジがわかる。あとから読む細かい情報がとりこみやすくなるのだ」（p. 96-97）というように、学習に先行して組織化された情報を活用することが学習者の理解を助けるという知見が得られている訳である。

考えてみれば、ケースカンファレンスで話題提供者が配布するレジюмеも、インテーク時や継続面接において得られた膨大な情報を要約し、組織化したものである。もしこうした形式のレジюмеが用意されず、インテーク記録や面接記録のコピーをそのまま発表資料として用いたとしたら、出席者はケースの情報を整理して頭に入れるだけでも一苦勞であり、面接経過の流れを把握したり、ポイントを指摘することもままならず、時間切れになってしまうのではなかろうか。要するに、話題提供者が事前に準備したレジюмеというオーガナイザーなしでケース検討を実施することは甚だ困難なのであり、臨床心理士を目指す学習者も、我々教員も、あまり自覚していない内にある種のオーガナイザー（ないしは『オーガナイザーというコンセプト』）の恩恵に浴してきたということになる。今後はそれに留まらず、臨床心理士養成における学習についてももう少し先行オーガナイザーを活用した教材の工夫をすることも有意義ではないかと考えられる。

ちなみに、精神医学においても、臨床心理学においても、患者（クライアント）に関する情報について、「情報を整理してまとめる」という『オーガナイザーというコンセプト』の有用性を活用した方法論が取り入れられており大変興味深いのだが、それについては次章の後半で述べることにしたい。

3. 心の問題を理解するための方法論としての「診断」「アセスメント」「フォーミュレーション」

(1) 精神医学的診断

さて、精神医学における「患者理解のためのスキーマ」として中核を占めているのが精神医学的診断である。先に述べた通り、筆者は精神科医として臨床心理士指定大学院で精神医学に関する講義・演習・実習の授業を担当する立場にあるが、その際に直接見聞した経験から、殊「診断」に関しては率直なところ否定的に捉えている学習者は少なくないようである。要するに、診断とは『レッテル貼り』であり、かけがえのない一個の人間に対し『病者』の烙印を押す所行なのではないかという印象を抱かれることがまだまだ多いのが実情である。確かに我が国において、過去に精神科医療をめぐるさまざまな不幸な出来事が起こったという事実もあることを考えると、診断という営為が時に負の性質を帯びることへの懸念はもっともである。ただし今日、現実の精神科医療の実践において、単に『レッテル貼り』として診断が行われ、患者に対して何らの治療的援助も実施されていないかのような誤ったイメージを少なからぬ人々が抱いているのだとすれば、そうした誤解は正されなくてはならない⁴⁾。素朴な感情論から診断を忌避することは、たとえば「交通事故のために多くの人が犠牲になるのは大変痛ましいことで、それを根本的に解決する方法はこの世から自動車をなくすことだ」と主張するのと同じ位の極論である。医療現場においては、一人一人の患者に対して正確な診断を行うことこそが、その人個人への全人的支援の最初の第一歩であることを、何をおいてもまず理解して欲しいと願う。以下に、診断という営為がいかに精神医学において根幹をなすべきことなのかについて、古川・碓井（2003）を引用しつつ説明してみたい。

まず古川・碓井（2003）は「私たちがみる患者1人1人は、以下の3種類の特徴を持っているだろう」（p. 51）という形で、『診断をどう考えるべきか』という問いを立てる上での初期状態を提示している（図1⁵⁾）

- (1) すべての患者と共通の特徴。
- (2) 一部の患者と共通だが、他の患者とは共通でない特徴。
- (3) その患者だけに固有の特徴。

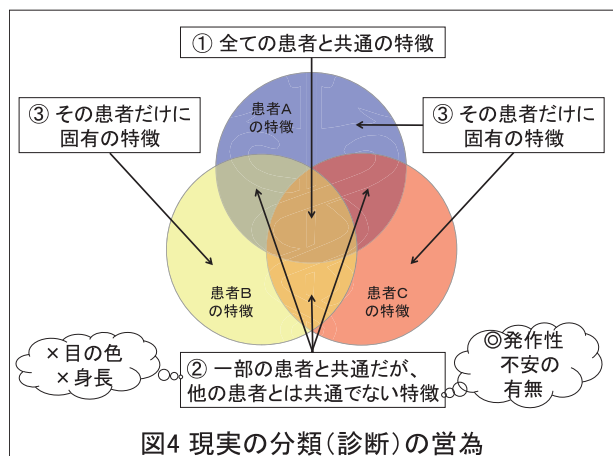
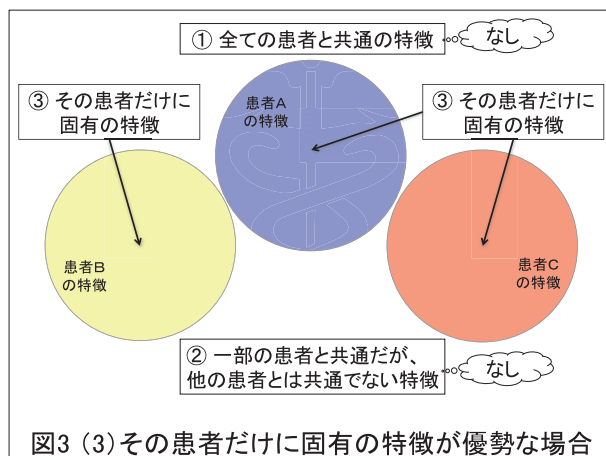
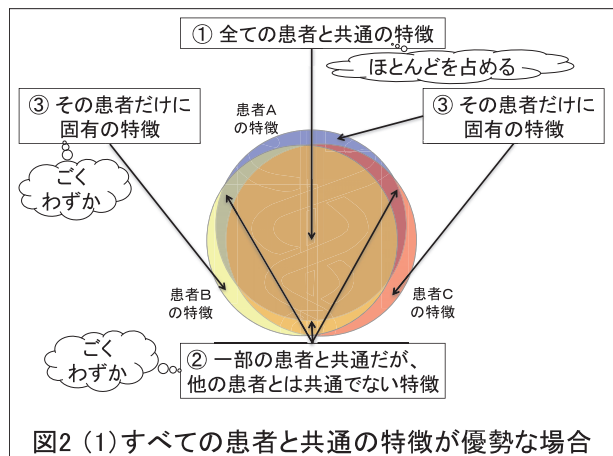
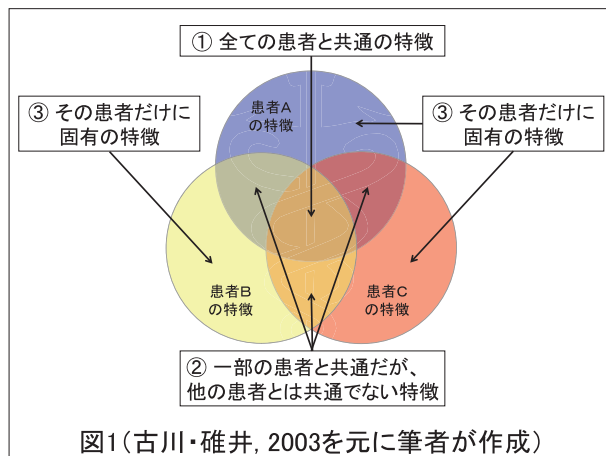
そして古川・碓井（2003）は、これらの初期条件が極端に偏った場合にどのようなことが起こるのかを順序立

てて推論していく。まず「もし（１）が優勢であるならば、分類をする必要はなくなる。すべての患者は基本的に同じ問題を抱えており、基本的に同じ治療でよい。精神医学に診断は不要であると主張した Menninger や Rogers はこの立場であり、彼らの治療はある意味で画一的である。今日でもこれに似た意見を年配の精神科医から聞くこともあるが、有効性を証明された多くの薬物療法と種々の精神療法を備え持つ今日の精神医学からは想像もつかない世界に思える（図２）」（p. 51）と述べている。

さらに古川・碓井（2003）は上記とは異なった初期条件の例として「一方、もし（３）が優勢であるならば、分類は不可能である。経験から学ぶことも、他の医師とコミュニケーションを持つことも不可能である。学問も成立しない。それどころか、医師は自分の経験から学ぶことすらできない。なぜなら昨日みた患者と今日みる患者の間には何らの共通の特徴がないからである（図３）」（p. 51）と推論し、これも現実には起こりえない図式であることを説明している。

さらに、現実の臨床場面に相当する初期条件においては「ある患者には共通だが、別の患者とは共通でない特徴に気づき、しかもそれらのうちどれが大切であるかを認識し始めるや否や（例えば、目の色や身長より、発作性不安の有無）、われわれは分類し始めているのである。そして、この分類に名前を与えることによって、膨大な情報を簡潔にまとめ伝えることができる。この分類に名前を与えることによって、さらなる知識の集積が初めて可能になる。同じ『妄想』であっても、診断が統合失調症であるか、双極性障害であるか、Alzheimer 病であるかによって、予後は異なってくるであろう。治療も異なってくる。いくつもの異なった治療法を持っているならば、そしてそれを患者ごとに最適に利用したいと欲するならば、分類は必然となる（図４）」（p. 51）という説得力のある解説を行っている。

そして最後に、古川・碓井、（2003）は「現時点では精神科診断はほとんど症状（患者の陳述、患者の行動、および家族などからの情報）のみに依拠するしかないとしても、そしてそのことにいくらかの自虐的不満を覚えるとしても、よりよい精神医療を行うには、この精神科診断をよりよいものに代えていくことが唯一の道である」



(p. 51) と謙虚に述べて締めくくっている。

このように、「患者の特徴は全て共通しており、一切区別する必要はない」といった極端な前提や、あるいはその対極である「患者の特徴はそれぞれ全く異なっており、何の共通点もない」といったこれもまた極端な前提を掲げて、いわば『原理主義的』に患者を理解し治療しようとすることは現実にそぐわないのであり、あくまで現実には両極端の間に、あるバランスを取って存在しているものと考え、上記の(1)～(3)の要素をよく吟味して、治療上有効な分類(診断)を行うことこそが学問に裏付けられた治療的支援を実践する者にとって責任ある態度であることが筋道を追った説明により尽くされているのではないだろうか。

(2) アセスメントとフォーミュレーション

前項では、精神医学における患者理解の方法としての診断について述べたが、それでは臨床心理学的援助においてはどのような方法が用いられているのであろうか。松澤(2004)は「臨床心理的援助の対象は、精神的疾患・障害を抱えた人びとへの援助が含まれている。それゆえ、心理的・精神的問題の探索という点で、臨床心理学的アセスメントやケース・フォーミュレーションは精神医学的診断と部分的に似通った面をもっている」(p. 68)と述べている。つまり、精神医学的な患者理解のスキーマである診断に対し、臨床心理学的援助におけるクライアント理解のためのスキーマに相当するのがアセスメントとケース・フォーミュレーションであるということになる。

松澤(2004)によれば、アセスメントとは、「一言で言えば、クライアントの心理的問題が何であるのかを把握し集約すること」(p. 65)であり、ケース・フォーミュレーションとは「解決の見通しを立てるために、心理的問題がどのような仕組みで発生しているのかを考えること」(p. 65)である。そして「アセスメントによって問題の性質を、ケース・フォーミュレーションによって解決の筋道を明確化すること」(p. 65)が可能になることを目指すのである。また下山(2008)は、アセスメントの手法である「面接、観察、検査によって収集されたデータは、それが正確で包括的なものであっても、ただ単に羅列されているだけでは、臨床心理活動において役立つ情報とはなりません。それらのデータが集約され、再構成されて介入の方針を立てるのに役立つものとなつてはじめて、実践的に意味のある情報になります」(p. 145)と述べ、「問題が成立し、維持されているメカニズムを明確化する」(p. 145)のが、「問題のフォーミュレーション」であり、「さらに、その問題のメカニズム理解に基づいて介入の方針を定めていく」(p. 145)ことが、「ケース・フォーミュレーション」と呼ばれ、「ケース・フォーミュレーションは、アセスメントによって得られたデータから実践的に意味ある情報を形作るための方法ということになります」(p. 145)とアセスメントとケース・フォーミュレーションの手順についてまとめている。

ところで松澤(2004)は「もともとアセスメントやケース・フォーミュレーションは、精神医学的診断とは異なった発想から生まれている」(p. 68)ことを指摘しており、第1の相違点はその由来であり、心理学領域におけるアセスメントでは、「パーソナリティを、短所だけでなく、長所を含めて総合的に評価することをその目的にしていた」(p. 68)のに対し、「精神医学的診断は、精神医学という医学の一分野のなかで、正常と異常の境界線を定め、病理を見つけ出すことが社会的に要請されてきた」(p. 68)点を挙げている。第2の相違点は機能の違いであり、アセスメントとケース・フォーミュレーションの機能は「データの収集とそれにもとづく仮説の生成」(p. 68)にあり、「介入の具体的な方策を見出し、介入による変化を予想するうえでの指針になることが期待されている」(p. 68)のに対し、「精神医学的診断の目的は、情報を分類し、類型化して名づけることであり、ある時点での状態の集約的な記述に主眼が置かれ」(p. 68)ており、「現在は、主に薬物療法の方向性を定めるうえでの指針となっている」(p. 69)ことを述べている。第3の相違点として、回数の違いが挙げられており、「アセスメントとケース・フォーミュレーションは、原則として介入の初期に行われるものの、一度で終わるものではないと考えられ」(p. 69)ており、「介入の効果を評価し、場合によっては介入の方針を修正するために、循環的に繰り返して行われることが求められる」(p. 69)のに対し、「精神医学的診断においては、原則として初期の段階で診断名が確定し治療が開始され」(p. 69)、「診断名が追加されることは珍しいことではないが、一度確定した診断が途中で変更されることは少ない」(p. 69)と説明している。そしてこれらの違いは「心理的問題を抱えた人への援助という臨床心理学の目的と、病理の発見と治療という精神医学の目的の違いの現れであるともいえるだろう」(p. 69)とまとめている。

このことに関連して、下山(2008)は「精神医学は、科学になろうとして苦闘してきた歴史があるだけに、問題行動や異常心理を観察し、記述する厳密な手続きを形成しています。そのような観察手続きは、臨床心理アセ

スメントにおいて事実としての行動を確認していくうえで、大いに活用できるものです。ただ、精神医学の限界は、それを診断分類のために利用する狭い枠組みしかもちあわせていないということにあります」(p. 228)と述べている。また下山(2011)では「精神医学的診断では、情報を分類し、類型化し、名付けることで事例の問題を理解しようとしています。しかし、精神医学的診断は、症状特異的な薬物療法には有効ですが、クライアントの状態を全体として把握する視点に欠けます。そのため、クライアントの精神症状の治療だけでなく、生活を含めた心理的援助を目指す臨床心理的介入の方針を定めるのには、精神医学的診断は適していません」(p. 37-38)と指摘されている。さらに下山(2008)は「臨床心理学は、観察された問題行動や異常心理を単に症状としてみるのではなく、生活機能の障害ととらえ」(p. 228)、「ケース・フォーミュレーションの手続きに組み込むかたちで利用すれば、医学のモデルを越えて臨床心理アセスメントを発展できるのです。このようにすれば、医学的診断分類を共有しつつも、それを越えて臨床心理学独自のアセスメントを展開できます」(p. 228)と強調している。このように、松澤(2004)や下山(2008;2011)は、精神医学的診断とアセスメントとケース・フォーミュレーションの類似性を指摘しつつも、精神医学的診断のみでは臨床心理学的なクライアント理解が十分にできず、また臨床心理学的支援に直結する援助方策を立てることは難しいと指摘し、臨床心理学における独自のスキーマであるアセスメントとケース・フォーミュレーションの作業が必要であることを強調している。

(3) 診断的フォーミュレーション

前項での松澤(2004)や下山(2008;2011)の指摘を見直すと、精神医学的診断においては患者の負の側面のみに注目し、診断することで患者を静的な枠組みの中で同定し、薬物療法を行う上では有効ではあるものの、患者を全人的に理解した援助を行う上では限界のある狭い枠組みしか持ち得ていないというニュアンスを感じさせる。ただ今日においては、こうした精神医学に対する限界論や批判的視点を展開する際には、(書き手にそうした意図がなくとも)読み手に対し無意識的に、いかにもステロタイプな精神科医療に対する偏見を煽りかねないような表現になってしまっていないかについては sensitive であらねばならない。上記の両者の言説は、読み手次第で「診断は所詮レッテル貼り」であるとか、「精神科では患者にただ薬を出しているだけ」といった世間的に何となく蔓延している偏見と結びつき、助長しかねないニュアンスが含まれていることは些か残念に感じる。

全人的医療という概念に基づく実践はもはや現場では日常的に行われており、「患者を診断し、薬を出しているだけ」で患者の well-being が担保出来るものと信じているような naïve な医療従事者はもはや絶滅危惧種であるといって差し支えない。また精神科医療においてもチーム医療が実践されており、精神科医による診断は、多職種からなるチームで共有され、単に主治医の薬物療法の選択のためだけに用いられるのではなく、医療スタッフ全体が患者一人一人への理解を共有し、包括的な医療サービスを提供するための基本的な情報として活用されているのである。このような今日の精神科医療の取組の現状と、上記の松澤(2004)や下山(2008;2011)の指摘の乖離が生じた原因は、恐らく診断という営為が旧来の病名診断のみから成立しているものと誤解したことに端を発しているように思われる。実は、現代の精神医学的診断とは単なる病名診断から成るものではなく、フォーミュレーションの作業がしっかりと組み込まれているのである。

神庭(2003)は、精神科診断のプロセスについて「第1段階であるコア・アセスメントでは、まず診断に必須の情報と『患者のストーリーの概要を読む』うえで欠かせない情報を集める。集められた情報から、最もあてはまる診断とその鑑別診断を思い浮かべ」(p. 24)つつ、「診断カテゴリーを確定しつつ、詳細な病歴(服薬・嗜好品を含む)、生育歴、家族歴、検査結果などを参照し、『患者のストーリーを読み解く』プロセスへと進む。コア・アセスメントで大切なことは、情報の切れ端を拾い忘れることなく、包括的に、重要な情報を集めることである。コア・アセスメントが終了したならば、治療計画を促すために文脈情報をフォーミュレーションする」(p. 24)と述べている。このように、アセスメントからフォーミュレーションという流れは、前述の臨床心理学において松澤(2004)や下山(2008;2011)が述べていたのと用語としては全く同じことに注目して欲しい。

また北村(2013)は「精神科に限らず医学一般に、診断 Diagnosis には①疾病分類学的範疇 nosological entity と②診断的フォーミュレーション Diagnostic formulation の2つの意味がある。両者はしばしば混同される。疾病分類学的範疇 nosological entity は、たとえば DSM-Ⅲの『大うつ病』のように、単一の特定の名称で記載される病名である。診断的フォーミュレーション Diagnostic formulation は、特定の患者・被験者の心理的・臨床的な諸特徴を診察者・面接者が非構造的に記載した記録である」(p. 19)と述べ、広義の診断には病名診断とフォーミュレーションが包含されていることを説明している。要するに前述の松澤(2004)や下山(2008;2011)

の指摘は、こうした事実を等閑視し、診断＝疾病分類学的範疇＝病名診断というステロタイプな理解が生んだ誤解であることをここに重ねて、強く主張しておきたい。

さらに北村（2013）は、病名診断について「多くの人口のデータを収集して、そこから共通の『何か』を引き出し、その何かを基準にしたグループ分けという作業が病名診断である。その成果がたとえば DSM-IV であり、個々の患者にそのあてはめを行うことが、病歴簿の『診断名』の欄へ病名を記載することである。したがって、病名診断では、事前に決めてある病名一覧表のなかから当該患者の有する病態がいずれにあてはまるかを事実認定的に決定する。だからこそ操作化 operationalization が可能になる」（p. 19）と端的に述べ、病名診断とは厳格に医療モデルに則った手続きで行われるべき作業であることを説明する一方、「診断的フォーミュレーションは特定の（1名の）患者の特徴を簡潔かつ十分に表現した短い文章のことである。診断的フォーミュレーションは単なる事実の記載ではなく、当該症例に関する臨床家の評価のまとめである。ここには病歴、人格、鑑別診断（可能性のある病名—疾病分類学的範疇—を列記）と暫定診断（意向の処遇をする基礎とする一応の診断。高い蓋然性と臨床的重要性のバランスで決める）、病因、予後、処遇（入院か外来か、情報収集、検査、治療、リハビリテーション、再発防止）が含まれる。予後には生命予後、病態の消退、再発の危険性などが含まれ、精神疾患にあっては自殺危険性の評価は必須である。記載の長さは症例ごとに異なる」（p. 327-328）と説明している。

このような診断的フォーミュレーション関する具体的な説明を読めば、精緻な手順によって、一人一人の患者によって異なるさまざまな事情を丁寧にすくい上げ、「当該患者の疾病を明らかにし、解決しようとする際の思考過程や内容」である臨床推論（大西，2012）に基づいた、きめ細やかな治療的対応を我々精神科医は日常診療の中で常に行っているという事実をぜひ理解して頂けることと思う。

さらに北村（2013）の記述を紹介すると、「診断的フォーミュレーションは、特定の患者についてこれからどうなるか（予後 prognosis 判定）とこれから何をしなければならぬか（治療方針の決定）という目的にとって重要な情報をまとめあげる作業である。疾病分類による病名診断は重要であるが診断的フォーミュレーションの一部分でしかない。入院させるか外来で診るか、薬物を開始するか、開始するならどの薬剤を選択するか、選択した薬剤の容量をいかほどにするかなどの決定を、病名診断だけで行うものはいない。つまり、病名診断は予後判定と治療方針の決定に大きく関与するが、そのみで排他的に関与するものではない。診断的フォーミュレーションの対象はあくまで個人である。ある時点で行った診断的フォーミュレーションに沿って治療を開始しても、予想と大きく反する進展をみた場合、当初の診断的フォーミュレーションを見直すことになる。『見立て違い』があったら途中で潔く変更するのである」（p. 19-20）と述べられており、松澤（2004）の述べるケース・フォーミュレーションと同様、診断的フォーミュレーションにおいても治療プロセスを通して常に検証・修正が繰り返し行われていることがわかる。こうなると精神医学と臨床心理学の差異を徒に強調するのより、むしろ共通性に着目する方が有意義ではないかと思われる。

さらに碓井・神庭・古川（2003）における診断的フォーミュレーションに関する記述では、「Diagnostic formulation は、『診断の定式化』あるいは『診断の公式化』と訳されるが、どうも日本語としてしっくりこない。似た言葉に case formulation 『症例の定式的記載』がある。Fomulation とは、診断面接で得られた事実データから構成される患者の障害および障害を抱える病む人としての患者を総合的に理解し明確に記載することである。疾病分類学によるプロトタイプにどの程度当てはまるか、いや、完全に当てはまることは少ないであろうから、プロトタイプに収まりきらない個々の症例の臨床上重要な特徴を列記し、さらには障害の発生過程をストーリーとして読み解き、そこから治療方針の決定と予後の予測を立てる」（p. 225）とある。こうした記述からは、病名診断を行えば、その患者は「典型例」＝プロトタイプと見なされ、個人の特徴や全人的な理解が損なわれるのではないかというのは「診断という作業」を外から眺めている立場からの偏見であって、基本的に精神科医たちは、自らが関わる患者さんたち一人一人の個性を尊重し、その人の抱える個別の背景や事情について慎重に考慮し、現実的に可能な手段をいかに最大限に活用し、患者自身や、しばしばその家族など周囲の人々に対する well-being をいかに実現するのかを考え、判断し、実行しようとしていることが伝わってくる。

さらに、碓井・神庭・古川（2003）が「Fomulation の記載にあたっては、短い記載で症例の問題点が浮き彫りになることが重要である。情報を伝達する相手により、受け手が知りたいことは何か、既に知っていることは何かを考慮し、簡潔にかつ必要な情報を盛り込む。入院直後の回診やカンファレンスであれば、名前、年齢、職業、主訴と主な所見に続いて、診断、鑑別診断と今後の検査予定、治療計画などが盛り込まれる」（p. 225）と述べているように、診断的フォーミュレーションの記載においては、当然ながら医療チームの中で、他の専門性を持ったスタッフとの間で情報を共有するための配慮にまで目が向いている。この点に関しては、個人心理療法

という枠組みがあたかも『聖域』であるかのごとく、自らと担当ケース（患者）を囲い込んでしまうタイプの臨床心理士もまだまだ少なくないことは対照的な姿勢が感じられると申し上げては些か失礼になろうか。

さらに碓井・神庭・古川（2003）は「文脈情報は、障害の発生的過程を教えてくれることが多い。障害に関係する要因には、生物学的要因、心理学的要因、社会的要因がある。また、要因は障害の準備状態として作用した、誘因として作用した、遷延化因子として作用した、の3通りの可能性が考えられる」（p. 229）ことを指摘し、「患者の適応力や現症に関係するストレス、患者の置かれた環境で利用できるサポートを評価するためには、症例の記載は、単に診断次元のものではなく、その患者に特有な情報についても行わなくてはならない。記載の範囲と詳しさは何を評価するかで異なる。一般に、以下のような内容を記載すべきである」（p. 230）として、具体的に以下の項目を挙げている。

- ・現症に関係する可能性のある心理社会的因子や発達の因子
- ・その患者特有の強さや弱さ
- ・社会資源や対人関係を築いて維持する能力
- ・文化、民族、性、性的嗜好、意見、先入観
- ・精神力動的方法や行動科学的方法、特有の精神病理学的モデルや治療モデルに基づく要因が加わることもある。

ここまで読んで頂ければ、もはや精神医学と臨床心理学における患者＝クライアントの問題に対する文脈的理解の間は『超えられない壁』で隔てられ、断絶しているとか、どちらか優位かなどという愚問を発するよりは、両者の間には本質的な共通性が存在することこそ注目すべきであると、是非とも強調しておきたい。

要するに、心の問題を抱えた相手と真摯に向き合う場合、『問題理解』としての診断やアセスメントと、『問題解決』のためのフォーミュレーションの作業は必須であり、精神医学においても臨床心理学においても、この点に関しては本質的に共通した構造を持っているということである。ただし、フォーミュレーションの内容に関しては、それが一般的な精神科医療における治療に対応した定式化なのか、認知行動療法を行うための定式化なのか（菊池，2009）、あるいは精神分析に orientation を置いた定式化なのか（McWilliams, 1999）等によって、それぞれ『お作法』が異なっており、当然ながら自らが行おうとしている方法や目標に応じた『ローカルルール』を適応したフォーミュレーションを行う、という差異が存在するだけなのではなかろうか。

4. おわりに ―日々の学習の蓄積による『型』の結晶化を目指して―

最後に、学習者の技能の習得に関して、筆者が従来『型』という言葉で言い表していた概念は、発達心理学におけるスキーマという概念を借りて言い換えるとすれば、「『型』とは、熟達の先人たちが有する既有知識の体系であるスキーマを外在化して括り出し、有形化しようとしたもの」なのではないだろうか。我が国の伝統的な技芸における『型』の習得とは、このようにして括り出されたスキーマに対し、学習者はその意味を徒に詮索することなく、ひたすら反復訓練を行い、長い年月を費やして『型』の内実を満たし、『型』と自らの人格を分割不可分なものとするようなプロセスであったのではないかと思われる。また、このような図式が想定されていたが故に、学習者の「自意識」や「個性」などがあっては『型』の習得にとっては邪魔にしかならず、「白紙」や「空っぽ」の状態で行うことが理想とされたのであろう。これは過去の日本にあっては数百年続いた伝統ではあったが、さすがに21世紀の今日では、「自分を空っぽにしてひたすら反復練習を繰り返せば、いずれ自分の人格と一体不可分の『型』を身につけた熟達者になれるから」と言われても⁶⁾、何の疑問を持たず修行に飛び込んで行ける学習者は例外的に少ないだろう。そもそも、市川（2011）によれば、認知心理学の知見として、「学習過程とは、白紙の状態の学習者にもものを書き込んでいくものではない」（p. 64）という指摘がなされていることに等閑視を決め込むことは学習者の知識の習得に責任を持つ立場である我々の取るべき姿勢ではないだろう。

今日の学習者に対しては、外部から『型』を与え、何も考えずに反復訓練を強いるようなメソッドはもはや通用し難い。むしろ「なぜそのような『型』が取られているのが理にかなっているのか」について納得できるまでとことん考え、一歩ずつ理解しながら身につけていく主体的な姿勢が必要となる。またその際、学習者がイメージする知識や技術の習得のイメージとは、「既存の『型』や『正解』を外部から与えられる」といったものではなく、「自分自身の学習経験を通して、いわば『過飽和溶液の中で結晶が析出していくが如く』に、じわじわと自分の中に次第に形成されていく既有知識の体系＝スキーマに関して、明らかな誤りや極端な偏りが生じていないかを事あるごとに点検していく」といったものになるだろう。

「心理的問題を理解する」ためのスキーマは一朝一夕で獲得できる訳ではないが、それでも自らのスキーマの成長過程をコツコツをモニターするような心がけ非常に大事ではないかということを述べつつ、最後に市川（2000）の一節を引用して本論考を閉じたい。

「意識を変えることで、君の学習の質はおそらくそうとう変わるだろう。質が変わるとはどういうことか。それは、説明されなくても、君自身が体で感じることができるはずだ」（p. 28-29）

註

- 1) psychotherapy の訳語として精神科領域では主に「精神療法」が用いられる。「心理療法」と同義と考えて差し支えない。
- 2) なお、こうした大学院生の傾向に対して、筆者は機会あるごとに、「無制限にケースの記録に時間をかけられるというのは臨床現場の現実と乖離しており、最初は慣れていないので面接時間の2倍程かかっても仕方ないが、なるべく面接と同等の時間で記録が済むように練習し、修士課程を終えるまでには、せめて面接の1/2の時間で記録を終わるようにすること」を目標に指導を行っており、最近では記録に長時間を費やすことを自慢する者はあまりいなくなったように思われるのは幸いである。
- 3) 筆者の経験上、大学院生でも日頃の読書習慣の乏しい者、ほとんどない者はきわめて多いのが実情である。
- 4) 筆者が大学院生に精神科病院実習を行う際、事前オリエンテーションで参加予定者から耳にする「精神科」のイメージは、正直なところ現実の精神科医療の水準からは数十年は遅れた、「閉鎖的」「暗い」「悲惨」といった陰々滅々たるイメージが多い。そして実際に実習を終わると、「患者さんが自由に行動され活発な雰囲気だった」「思っていたより明るかった」「スタッフの方が患者さんのために熱心に働いていた」などという印象に上書きされて正直胸をなでおろすのである。
- 5) 図1～4については、古川・碓井の記述を元に筆者が模式図として構成したものである。
- 6) そもそも、伝統的な『型』の修行では、「この練習が何の役に立つのか？」という疑問を立てること自体が不遜であることは、たとえばヘリゲルの『日本の弓術』（1936）における印象的なエピソードがしばしば引用され、説明されている。

引用文献

- 土居健郎 方法としての面接臨床家のために 医学書院 1977
- Herrigel, E. Die ritterliche Kunst des Bogenschiessens 1936（柴田治三郎訳 日本の弓術 岩波文庫 1982）
- 古川壽亮・碓井章 診断学総論 ―なぜ分類するのか 古川壽亮・神庭重信編集 精神科診察診断学エビデンスからナラティブへ 医学書院 2003 pp. 51-55.
- 今田雄三 臨床心理学の実践教育における今日的課題 ―「型」へのコミットメントから「主体的な」コミットメントへ― 鳴門教育大学研究紀要 人文・社会科学編 27 2012 184-198
- 市川伸一 勉強法が変わる本 ―心理学からのアドバイス 岩波書店 2000
- 市川伸一 現代心理学入門3 学習と教育の心理学増補版 岩波書店 2011
- 菊池安希子 協働する見立て：ケース・フォーミュレーション ブリーフサイコセラピー研究 18（2）2009 89-101.
- 神庭重信 精神科診断面接 古川壽亮・神庭重信編集 精神科診察診断学エビデンスからナラティブへ 医学書院 2003 pp. 17-25.
- 神庭重信 心理・精神機能、主要徴候のとらえかた 加藤進昌・神庭重信編集 TEXT 精神医学改訂3版 南山堂 2007
- 川畑直人 セラピー力を高めるために ―海外で学んだ経験から日本の臨床心理学教育について考える― 臨床心理学研究京都文教大学心理臨床センター紀要 10 2008 87-92
- 北村俊則 精神・心理症状学ハンドブック〔第3版〕 日本評論社 2013
- McWilliams, N.. Psychoanalytic Case Formulation. Guilford Press. 1999（成田善弘監訳 ケースの見方・考え方 精神分析的ケースフォーミュレーション 創元社 2006）
- 松澤広和 介入方針の形成 下山晴彦編著 心理学の新しいかたち9 臨床心理学の新しいかたち 誠信書房

2004 pp. 63-83.

大西弘高編 **The 臨床推論** 南山堂 2012

下山晴彦 臨床心理アセスメント入門 ― 臨床心理学は、どのように問題を把握するのか 金剛出版 2008

下山晴彦編 認知行動療法を学ぶ 金剛出版 2011

碓井章・神庭重信・古川壽亮 **Diagnostic formulation** について 古川壽亮・神庭重信編集 精神科診察診断学
エビデンスからナラティブへ 医学書院 2003 pp. 225-232.

**Reconsideration for the meaning of “pattern” in
training course of clinical psychologists
– Regarding psychiatric knowledge acquisition as
cross-cultural interface**

IMADA Yuzo

(Keywords : psychiatry and clinical psychology, schema, advance organizer, diagnosis, formulation)

In this paper, the author focused on some difficulties in clinical psychologists' training course, notably on an issue of psychiatric knowledge acquisition as cross-cultural interface, and discussed improvement method with reference to the understanding and attempt of learning process in the standpoint of cognitive psychology. In clinical practice, the basic ability of sentence comprehension is necessary in understanding clients' psychological problems. The schema, a systematic knowledge of social experiences in human feelings and relationships notably plays a considerable role. Furthermore, the author pointed out that various methodologies such as psychiatric diagnosis, psychological assessment and formulation are comparable to “a schema for understanding minds”, and that learners should become more aware of their own schema-forming process.